

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------|------------------|-----------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA | | CC: | 79459607 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | ADOLFOBMOLINA1@GMAIL.COM | | TELÉFONO: | 3165673043 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 67B SUR 13 60 | | CIUDAD: | BOGOTA |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: 008480216509 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 7265 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.672.026 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/09/28 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 | | |



LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA
PS_7265_2025_6CF20F

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA

CC: 79459607

CEL: 3165673043

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA

CON C.C N°

79.459.607

| | |
|-----------------------------|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|---|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 7265 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/09/28 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 2.939.228 | No. HORAS EJECUTADAS | 0 |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------------|----------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 13.627.332 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.672.026 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|-----------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CINCO (5) MESES |
|--|-----------------|

| | |
|--|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SANTA CLARA |
|--|----------------------|

| | |
|-------------------------------|---------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ |
|-------------------------------|---------------------------|

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

| | |
|---|--|
| 1 | Descargué del sistema de información DGH los reportes necesarios para la distribución y auditoria de las cuentas por parte del grupo encargado Realicé los cruces respectivos para el seguimiento a las actividades realizadas en hospitalización, medicamentos y quirurgicas Se realizó la socializacion a las areas asistenciales de las novedades encontradas durante las auditorias realizadas a las cuentas de hospitalización Reporté las novedades en las tarifas según la contratación con la ERP evidenciadas durante la auditoria realziada a las facturas de venta Se gestiónó mediante mesas de trabajo, reportes en DRIVE y correos electronicos el seguimiento a las inconsistencias evidenciadas Se reportó a la persona encargada del proceso de parametrización las novedades durante las auditorias realizadas para el periodo Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades encontradas durante el proceso de auditoria en descripciones quirurgicas,epicrisis sin confirmar en el sistema de información DGH, administración de medicamentos Socialicé a los profesionales del área las novedades encontradas durante el proceso de seguimiento de auditoria Apoyé los difrentes procesos dentro del área de facturación (refacturación, auditoria, seguimientos) Asistí a dos reuniones y participe en las capacitaciones y/o retroalimentaciones al personal de central de liquidación hopitalización |
|---|--|

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS | SI | NO |
|------|---|----|----|
| 1 | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado? | X | |
| 2 | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X | |
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP? | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X | |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro? | X | |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-01-01) AL (2026-01-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--------------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 92451001 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | 2026/01/07 | \$ 262.900 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2026/01/07 | \$ 336.500 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/01/07 | \$ 51.300 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 650.700 |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibr se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA

PS_7265_2025_6CF20F

LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA

CC: 79459607

FIRMA DE QUIEN VALIDA



YAMILE CANO HERRERA

PS_7265_2025_6CF20F

YAMILE CANO HERRERA

SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

PS_7265_2025_6CF20F

ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Información básica de la planilla

| | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Empresa: | LUIS ADOLFO BARRIGA MOLINA | NIT: | 79459607 |
| Tipo Planilla: | I | Periodo liquidación Pensiones: | diciembre 2025 |
| Sucursal o Dependencia: | PRINCIPAL | Periodo liquidación Salud: | diciembre 2025 |
| Número de Radicación: | 92451001 | Total a pagar: | \$650,700 |
| Fecha de vencimiento: | 05/01/2026 | Total de empleados: | 1 |
| Fecha de Pago: | 07/01/2026 | Número de Administradoras: | 3 |

Detalles del pago

| | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Razón social recaudo: | Compensar OI | Nit recaudo: | 9998600669427 |
| Descripción: | MiPlanilla.com Pago Protección Social | Medio de Pago: | Pago Electronico por PSE |
| Banco: | BANCO DAVIVIENDA | Número Autorización: | 2065402774 |
| Estado de la transacción: | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|--|----------------|--|--|--------------|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | \$0 | \$51,300 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1 | | \$0 | \$336,500 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | \$0 | \$262,900 |
| | | | | | | \$650,700 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 92451001, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.



Buscar...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|--------------------------|---|---|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7265 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >